cerfa

n°10170*06

PRN-PRE

avis d'arrêt de travail

[X] initial [ ] de prolongation (*)

volet 1, à adresser au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil

(art. L. 162-4-1 du C. de la S.S., L. 162-4-3, L. 315-2, L. 321-1 du même code, L. 323-6, L. 376-1, L. 610-2 à L. 610-5, R. 321-2, R. 323-11, D. 323-2, D. 613-19, D. 613-25 du Code de la sécurité sociale, L. 7124-1 et L. 7124-4 du Code du travail, loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation : 1 85 05 59 178 127 57

nom et prénom : DURIEZ François Adrien Georges

(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : 102, rue des stations.

code postal 59000 ville LILLE n° téléphone : 06 [illegible] 83316397

bâtiment C1 escalier : étage : 3 appartement : 131 code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée [X] fonctionnaire [ ] profession indépendante [ ] activité non salariée agricole [ ]

sans emploi [ ] date de cessation d'activité précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui [ ] date non [X]

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui [ ] non [X]

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui [ ] non [X]

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante (voir notice 3) :

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial [ ] médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant [ ] à l'occasion d'une hospitalisation [ ]

autre cas [ ] précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale n° téléphone : e-mail :

adresse

les renseignements médicaux (voir au recto la rubrique du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Mr Duriez François

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au | - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et - en chiffres | mardi 19 novembre 2019 / 26 11 2019 | inclus

sans rapport* [X] en rapport* [ ] avec une affection de longue durée (voir notice 1)

sans rapport* [X] en rapport* [ ] avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 8)

* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui [X] à partir du non [ ]

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 5)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non [ ] oui [ ] à partir du (voir notice 4)

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au (voir notice 6)

sans rapport** [ ] en rapport** [ ] avec une affection de longue durée (voir notice 1)

** une des deux cases doit être obligatoirement cochée

éléments d'ordre médical (voir notice 9)

Codification du motif médical OU éléments en toutes lettres :

Burn out

identification du praticien (nom et prénom)

DOCTEUR FRANCOIS HOCHEDEZ

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

date 03 11 2019 signature du praticien

identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

65 AVENUE POTTIER

59130 LAMBERSART

=> 59 1 08446 2 00 1 23 1 01 n°AM

PRN-PRE S3116h

La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal et article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).